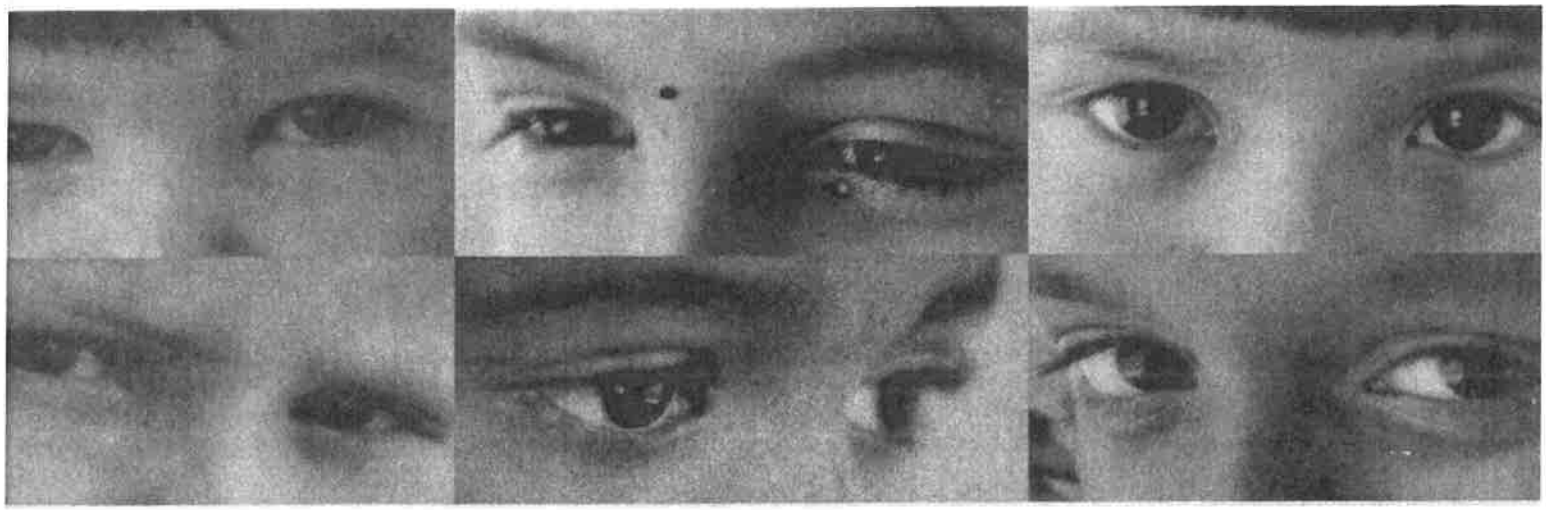
LA ENSEÑANZA DE LOS NIÑOS IMPEDIDOS

Guillermo Hinojosa Rivero • Edgar Aníbal Galindo Cota



EDITORIAL TRILLAS ®
México, Argentina, España,
Colombia, Puerto Rico, Venezuela

Catalogación en la fuente

Hinojosa Rivero, Guillermo
La enseñanza de los niños impedidos. -- 2a ed. -- México : Trillas, 2006.
207 p. : gráfs. ; 23 cm. -- (Aportaciones de la psicología a la educación especial)
Incluye bibliografías e índices
ISBN 968-24-7559-7

1. Niños débiles mentales. 2. Educación de niños. I. Galindo Cota, Edgar Aníbal. II. t. III. Ser.

D- 371.928054'H799e LC- LC4601'H5.4 1306

La presentación y disposición en conjunto de
LA ENSEÑANZA DE LOS NIÑOS IMPEDIDOS
son propiedad del editor. Ninguna parte de esta obra puede ser reproducida o trasmitida, mediante ningún sistema o método, electrónico o mecánico (incluyendo el fotocopiado, la grabación o cualquier sistema de recuperación y almacenamiento de información), sin consentimiento por escrito del editor

Derechos reservados
© 1984, Editorial Trillas, S. A. de C. V.,
División Administrativa, Av. Río Churubusco 385,
Col. Pedro María Anaya, C. P. 03340, México, D. F.
Tel. 56884233, FAX 56041364

División Comercial, Calz. de la Viga 1132, C. P. 09439
México, D. F. Tel. 56330995, FAX 5p6330870

www.trillas.com.mx

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial. Reg. núm. 158

Primera edición, 1984 (ISBN 968-24-1474-1)
Reimpresión, 1998, 1992 y 1993

Segunda edición, febrero 2006
ISBN 968-24-7559-7

Impreso en México
Printed in Mexico

Índice de contenido

Prólogo 5

Introducción 11

Cap. 1. La enseñanza del lenguaje a los niños sordos 21

Preinstrucción, 26. Programas de entrenamiento. Procedimientos generales y resultados, 28. Programa de desmutación, 28. Programa de formación de conceptos no verbales, 40. Conclusión, 53. Evaluación conductual de niños hipoacústicos, 57. Atención, 57. Imitación, 58. Agudeza auditiva, 59. Producción de voz, 59. Discriminación de colores, 60. Discriminación de formas, 60. Igualación de cantidades, 60. Identificación de números, 60. Identificación de letras, 61. Trazos de líneas, 61. Tactos, 62. Referencias bibliográficas, 64.

Cap. 2. Asesoría conductual continua: un programa de consulta externa 65

Entrenamiento de padres, 66. Clasificación de los entrenamientos de padres, 67. Programa de asesoría conductual continua, 75. Entrenamiento, 76. Descripción y análisis de los resultados del programa, 84. Discusión, 101. Consideraciones finales, 106. Cuestionario, 109. Referencias bibliográficas, 111.

Cap. 3. Enseñanza de los niños con parálisis cerebral infantil 115

El punto de vista de la psicología, 123. Condiciones y esquema general de trabajo, 125. Descripción de proce-

dimientos y resultados, 128. Caso 1, 128. Caso 2, 135. Caso 3, 143. Conclusiones generales, 146. Descripción de la tabla para medir las respuestas motoras del espástico, 148. Glosario de términos, 150. Referencias bibliográficas, 153. Bibliografía adicional sobre el tema, 154.

Cap. 4. Enseñanza de repertorios prelaborales a jóvenes retardados **157**

Repertorios prelaborales y entrenamiento vocacional, 157. Los programas vocacionales en México, 163. El Centro Progreso y Desarrollo, 165. Evaluación de repertorios prelaborales, 182. Referencias bibliográficas, 201.

Índice analítico **203**

Introducción

La psicología es la disciplina que estudia las interacciones entre los individuos y su ambiente; interacciones que son determinadas por: *a*) las características del ambiente; *b*) las características biológicas del individuo, y *c*) la historia individual. Como toda la conducta psicológica es adquirida, en el sentido de estar determinada por la historia, tiende a confundirse a la psicología con la ciencia del aprendizaje. Aceptar o no esa identificación es en parte una cuestión de acuerdos sobre conceptos y definiciones; no obstante, a pesar de que la educación es primordialmente la materia de pedagogos y educadores, la psicología tiene mucho que contribuir a la comprensión de los procesos de enseñanza-aprendizaje. Particularmente, en el caso de la educación especial, la psicología contribuye con conceptos teóricos sobre el retardo y los sujetos con alguna incapacidad, sobre el aprendizaje, las fallas de la enseñanza, la programación de los contenidos educativos y sobre las técnicas pedagógicas en general.

El interés de la psicología radica en los procesos de modificación de la conducta; de cualquier conducta, no sólo de la académica. Procesos tales como adquisición, mantenimiento, desaparición, etc., pueden ser desde relativamente simples hasta muy complejos. En general, mientras más experiencia o historia tiene la persona, más complejos son esos procesos en ella.

En efecto, vemos que la conducta de un niño pequeño puede ser modificada en la dirección deseada con procedimientos simples, mientras que la de un adulto normal es, por ahora, difícil de modificar y los resultados de la intervención son generalmente impredecibles.

En sujetos retardados o con impedimentos sensoriales, motores o neurológicos, los procesos más complejos de adquisición de conducta no

se dan, ya sea por falta de experiencia, por los resultados aberrantes de la misma o simplemente están vedados por deficiencias biológicas. En la educación de los retardados se trata, además de alcanzar los objetivos específicos, de establecer esos procesos complejos; ¿cuáles son éstos? Bien, pues algunos son el aprendizaje por medio de instrucciones verbales, por medio de la lectura de textos, por el análisis de las situaciones cotidianas, por el razonamiento lógico, por la generalización a partir de un ejemplo. En los sujetos con impedimentos biológicos, se trata de sustituir tales impedimentos, paliarlos y aprovechar al máximo los remanentes fisiológicos y anatómicos.

En la educación especial es casi un dogma que si el método de enseñanza permite algún error, el sujeto lo cometerá. Así, los "errores" de los educandos se le atribuyen al método, y cuando los hay éste debe cambiarse.

Es fácil comprender, entonces, el interés de los psicólogos por la educación especial, pues ésta les proporciona la oportunidad de probar técnicas para enseñar conductas complejas a partir de procesos relativamente simples y, al mismo tiempo, tener una mayor comprensión teórica de los procesos de aprendizaje. Cuando un psicólogo enseña a un sujeto de educación especial, ambos aprenden algo.

RETARDO EN EL DESARROLLO Y EXCEPCIONALIDAD

El concepto de retardo en el desarrollo (Bijou, 1975; 1963 en la edición original) es la aportación teórica de la psicología de orientación conductual para la comprensión de la excepcionalidad entendida como deficiencia. Obviamente, el modo de concebir el problema traerá como consecuencia procedimientos de diagnóstico y de tratamiento particulares y eso es precisamente lo que sucede en nuestro caso; los programas de rehabilitación y las formas de diagnóstico se basan en las premisas que mencionamos a continuación.

El desarrollo psicológico consiste de una serie de cambios progresivos que va sufriendo la conducta, durante los cuales el individuo adquiere o sufre la aparición de nuevas formas de conducta cada vez más complejas cualitativa y cuantitativamente, y que se produce en función de factores orgánicos, ambientales y psicológicos.

Cuando alguno de esos factores está alterado más allá de ciertos límites, el desarrollo sufre, a su vez, una alteración, cuya medida está en relación directa con el grado de desviación del factor alterado con respecto a una norma deseable.

La alteración del desarrollo conductual es lo que llamamos retardo en el desarrollo. Este concepto, ampliado, nos servirá para explicar todos los casos de excepcionalidad, entendida como una deficiencia, salvo la llamada excepcionalidad social (de delincuencia), que dejamos fuera del ámbito psicológico.

El desarrollo psicológico ideal requiere de un equipo biológico sano y completo que evoluciona dentro de condiciones físicas y sociales que reúnen, al menos, ciertas características mínimas necesarias para el bienestar humano; esas características se traducen en condiciones ideales de salud, vivienda y educación.

Las deficiencias orgánicas (lesiones, disfunciones, enfermedades, desnutrición, secuelas, etc.) del individuo alteran su relación con el ambiente físico y social, y la alteración puede redundar en un retardo en el desarrollo. Cuando las condiciones (higiene, vivienda y educación) en que vive el individuo en desarrollo se apartan del mínimo deseable, puede producirse también un retardo en el desarrollo.

El retardo en el desarrollo puede ser global si toca formas de conducta diferentes cuantitativa y cualitativamente de una manera general, sobre todo a las formas más complejas; entonces hablamos de *retardo generalizado* (Ribes, 1975). El retardo puede también afectar sólo un área del desarrollo, es decir, sólo a ciertas formas de conducta; cuando éste es el caso, hablamos entonces de retardo en áreas específicas, como por ejemplo, las deficiencias del lenguaje y las deficiencias típicas de los individuos ciegos, sordos y paralíticos.

El retardo en el desarrollo será mayor o menor y más o menos generalizado, según qué tan drásticas, duraderas, o ambas cosas, sean las alteraciones orgánicas o ambientales y, además, como consecuencia de: *a*) el momento en que ocurre la deficiencia orgánica, o cuando sobrevienen las condiciones ambientales deficitarias (edad del individuo), y *b*) el hecho de que se aplique o no un entrenamiento diferencial, intensivo, duradero y suficientemente temprano al individuo afectado.

Es claro, entonces, que el retardo es consecuencia de la acción conjunta de varios factores; una sola lesión no puede explicar por sí misma la aparición ni la gravedad del retardo. Así, una lesión no atendida del aparato auditivo perturbará la adquisición del lenguaje, y la deficiencia verbal perturbará, a su vez, la interacción social del individuo y su educación; los efectos de una deficiencia se incrementan geométricamente.

Del mismo modo se puede sostener que los individuos que se desarrollan en condiciones de miseria material, pueden sufrir un retardo en su desarrollo; de hecho, la mayoría de los casos provienen de las clases más marginadas de la sociedad. Por tanto, desde un punto de

vista conductual, todos los problemas que abarca el término "excepcionalidad" (o "atipicidad") de la psicología diferencial, entendida como deficiencia, pueden ser explicados como casos de retardo en el desarrollo, generalizado o específico —se exceptúan como dijimos antes, los casos de delincuencia.

Esta manera de concebir la llamada excepcionalidad y los problemas inherentes a ella, tiene como consecuencia un énfasis marcado en la definición de las conductas deficitarias y de las condiciones que las producen. La búsqueda de formas de tratamiento eficaces para cambiar la conducta, y su investigación sistemática, es el primer resultado práctico de ese énfasis. Las formas de diagnóstico y los programas de intervención que constituyen el cuerpo de este libro son, a su vez, el resultado de esa investigación aplicada a nuestro medio.

Veamos ahora desde una perspectiva general cómo aplicamos esas técnicas en nuestro programa.

SITUACIÓN ACTUAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y REHABILITACIÓN

Las características esenciales del Centro de Educación Especial y Rehabilitación (CEER) siguen siendo las mismas que describimos en el libro anterior; sin embargo, se han diversificado los casos tratados, las formas de intervención, los programas y las modalidades de servicio.

A continuación describimos someramente la situación actual de nuestro sistema de educación especial, centrando nuestra atención en las innovaciones.

En pocas palabras, el CEER es el lugar en que realizan sus prácticas los estudiantes de psicología asesorados por los maestros de la carrera; en el CEER reciben atención niños (y algunos adolescentes), de entre 4 y 12 años, que sufren de problemas del desarrollo psicológico, procedentes en su mayoría de comunidades marginadas. Cada estudiante-terapeuta se hace cargo de uno o varios casos y elabora o aplica, o ambas cosas, programas de rehabilitación. Casi siempre los padres de los niños son incorporados al tratamiento.

Casos y programas. Los casos tratados y los programas aplicados pueden resumirse de la manera siguiente:

a) *Retardo generalizado.* Repertorios básicos, habilidades sociales, lenguaje, cuidado personal, conocimientos académicos y habilidades vocacionales y prevocacionales.

b) *Sordera.* Lenguaje, formación de conceptos y habilidades académicas.
c) *Ceguera.* Autosuficiencia básica, movilidad y orientación, interacción social y repertorios académicos.
d) *Problemas específicos de aprendizaje.* Lectura, escritura y aritmética.
e) *Parálisis cerebral infantil.* Control motriz, lenguaje, desplazamiento y cuidado personal.

Formas de intervención. La intervención puede ser directa o indirecta:

a) *Directa.* El terapeuta trabaja personalmente con el (o los) caso(s) tratado(s), aplicando uno o varios programas de rehabilitación; el niño o adolescente asiste dos horas diarias al CEER y sigue una rutina diaria preestablecida. La atención que recibe el niño (o adolescente) puede ser individual o de grupo, según el grado de atención que el caso requiera.
b) *Indirecta.* Los padres son terapeutas de sus hijos. Se entrena a un familiar (generalmente a la madre) para que, a su vez, entrene a su hijo. El padre puede ser un elemento complementario de la intervención directa del terapeuta o, con la asesoría del psicólogo, puede ser él mismo el terapeuta. En este caso trabaja en el hogar y asiste al centro a recibir asesoría, o trabaja en el centro y recibe ahí mismo la asesoría. Existe una tercera modalidad, la *comunitaria,* en la que un terapeuta itinerante se hace cargo de una comunidad y entrena a los padres como terapeutas asesorándolos periódicamente en el hogar.

Otra forma de intervención indirecta es la asesoría de un grupo de padres que han sido entrenados en lo terapéutico y en lo administrativo para fundar su propio centro. Aunque un centro de tal naturaleza ya es una realidad, tampoco tenemos aún datos publicables acerca de su funcionamiento; sin embargo, nuestros trabajos se encaminan a la organización sistemática de tales centros, pues creemos que ésa es una forma de atacar masivamente los problemas del retardo (véase Hinojosa, Galindo y Galguera, 1982).

Programas de rehabilitación. Cada programa tiene su especificidad, pero procuramos que todos reúnan las siguientes características:

1. La definición de un objetivo general y de objetivos particulares.
2. Un análisis de la tarea que habrá de enseñarse.

3. La definición de las conductas precurrentes.
4. La especificación de los procedimientos que se seguirán.
5. La especificación de las formas de evaluación y registro.
6. La especificación de los procedimientos motivacionales.

Todos los programas tienen estos elementos, pero en algunos casos los azares de la práctica impiden cumplir con todas las reglas del rigor metodológico.

En cada uno de los capítulos que componen este volumen, los autores dan las explicaciones necesarias para comprender los programas aquí planteados. No obstante, en algunas ocasiones se da por sentado que el lector está al tanto de los principios de la conducta. En todos los casos, los procedimientos de intervención son los comunes para establecer, mantener o eliminar conductas y con frecuencia no se considera necesario explicarlos con detalle. Salvo que se especifique lo contrario, los términos usados se ajustan a las definiciones comunes.

Rutina de trabajo. En ambas formas de intervención se procede de la siguiente manera:

1. *Diagnóstico.* En esta fase se entrevista a los familiares, se observa la conducta del niño, se le registra y clasifica, y se reúnen otros datos concernientes al caso (por ejemplo, informes médicos o escolares). El material reunido fundamenta la definición del problema (o problemas) y el dictamen del terapeuta sobre la jerarquización de los mismos, así como los pasos que se han de seguir. El informe así organizado constituye el diagnóstico.
2. *Especificación del (o de los) programa(s) que se aplicará.* Esto se hace basándose en los elementos antes reunidos; además, se estipula la rutina diaria (semanal o mensual) de trabajo.
3. *Aplicación del (o los) programa(s).*
4. *Evaluaciones.* El diagnóstico se basa en las primeras evaluaciones, pero durante el tratamiento, a diario o cada cierto tiempo, se hacen evaluaciones secundarias, y terminado el tratamiento se hace una evaluación final.
5. *Entrenamiento a padres.* Casi en todos los casos se incorpora a los padres a la terapia, en cuanto los estudiantes-terapeutas han logrado dominar los procedimientos. El proceso es lento y difícil, por lo que los éxitos son relativos.
6. *Expedientes.* Cada estudiante-terapeuta debe entregar un informe periódico sobre el caso que trata; los informes, el diagnóstico y los programas constituyen un expediente.

Modalidades de servicio. La necesidad de abarcar un número de casos cada vez mayor ha dado como resultado una diversificación del servicio. Actualmente existen los siguientes tipos de servicios:

1. *Centro institucional.* En su forma más refinada, el CEER es parte de una institución a la que asisten regularmente las personas atendidas, ya sea a recibir entrenamiento directo (diariamente) o indirecto (consulta externa). Este centro cuenta con ciertos recursos técnicos (aparatos y especialistas) y puede ofrecer simultáneamente diversas formas de intervención, atender diferentes casos y abarcar una amplia gama de problemas (también médicos). Existe un centro de este tipo, CEER-CUSI, llamado antes CEER Iztacala, que es el más avanzado de todos; se encuentra ubicado en el campus universitario y es el corazón de todo el sistema de educación especial que hemos organizado, hasta el momento.
2. *Centro autónomo.* Los padres son responsables del centro en lo administrativo, pero no en lo terapéutico; la idea es dejarlo todo en manos de los padres a largo plazo. Existen dos de estos centros: CEER "Progreso y desarrollo" y CEER Chalma.
3. *Consulta externa.* La hay de dos tipos: *a*) un grupo de padres es entrenado en el CEER durante varias semanas, para luego aplicar los programas en su hogar con asesoría continua (véase el capítulo 2), y *b*) los padres reciben asesoría y consejo individual para tratar a su hijo en casa.
4. *Servicio comunitario.* Este servicio se basa en la existencia de terapeutas itinerantes, quienes supervisan regularmente los casos de la comunidad que está a su cargo; no requiere de un centro en sí, sino sólo de una base de operaciones —esta modalidad se encuentra aún en etapa de prueba.
5. *Centro satélite.* Depende en lo administrativo y lo terapéutico de los padres, quienes reciben asesoría intermitente del psicólogo. El plan es volver satélites a todos los centros autónomos, pero aún no hemos obtenido suficientes resultados.

La descripción que hemos hecho de las condiciones actuales del área, ha de permitir que el lector sitúe dentro de su contexto cada uno de los trabajos que se exponen en los capítulos siguientes.

El desarrollo del área muestra una tendencia hacia la búsqueda de modalidades de intervención masivas y de procedimientos de prevención plausibles en nuestras condiciones, es decir, fundamentalmente la educación de la comunidad y la estimulación temprana.

COMENTARIOS FINALES

A manera de conclusión, quisiéramos hacer algunos comentarios sobre nuestro trabajo, la psicología, la educación especial y el retardo en el desarrollo como problema social.

El tiempo no ha pasado en vano, en los últimos años se han diversificado los casos que tratamos, pero también ha habido cambios adicionales, que en la mayoría de los casos son la manifestación en nuestro medio de los vaivenes de la psicología universal.

El centro de nuestro interés tiende a pasar de la docencia y la demostración simple, al servicio social; de ahí la preocupación por abordar un número cada vez mayor de casos y por crear formas de intervención masivas.

El énfasis puesto en las definiciones tiende a pasar de lo cuantitativo a lo cualitativo, excepto en la enseñanza de precisión; así, la definición de retardo en el desarrollo incluye ahora elementos cualitativos. Asimismo, el papel del psicólogo tiende a cambiar: de aplicador de contingencias pasa a ser instructor, programador y evaluador de procedimientos.

La enseñanza de respuestas individuales en ambientes cerrados, tiende a abandonarse en favor de la enseñanza de clases de respuestas complejas en ambientes abiertos y en grupo.

En la actualidad asistimos a una crisis en los conceptos teóricos clásicos del análisis conductual y presenciamos una tendencia de apertura: admisión de nuevos conceptos y de categorías de análisis de tipo social, abandono de la relación lineal $E\text{-}R\text{-}E^R$, reconocimiento de límites de acción en el nivel biológico y en el social y, por tanto, aceptación de la necesidad del trabajo conjunto con otros profesionales.

Por último, podemos observar también una tendencia de los psicólogos aplicados a trabajar independientemente de los psicólogos teóricos y experimentales; esta situación entraña peligros pero también ventajas: después de todo, también la práctica debe alimentar a la teoría y no sólo la teoría a la práctica.

No obstante lo anterior, y a pesar de las tendencias señaladas, aún subsisten los elementos fundamentales que han marcado el proceso de la modificación de conducta: trabajar con base en la definición de objetivos, el énfasis puesto en la conducta observada y no en entidades hipotéticas, la definición precisa de los problemas en términos, si es posible, cuantitativos, la evaluación continua de los procedimientos por sus resultados y, por último, la importancia teórica del ambiente como determinante de la conducta.

Como puede observarse, estos cambios y tendencias no son particulares de nuestro grupo, sino que siguen las discusiones de la psicología en el mundo.

Quizás el más importante de todos los cambios sea el reconocimiento de nuestros propios límites; sabemos que nuestros programas no resuelven todos los problemas, y sabemos que la problemática del retardo no la puede solucionar el psicólogo solo. Sin embargo, a pesar de esos límites y de que nuestro trabajo tiene fallas evidentes, sobre todo en lo metodológico, creemos que es importante debido a que responde a las condiciones actuales del retardo psicológico en nuestro país. Esa convicción nos anima a publicar estos materiales.

La contribución de los psicólogos es especialmente importante en sociedades como las nuestras, en las que un sector mayoritario de la población vive en condiciones de salud, vivienda y educación que no llenan los criterios mínimos de bienestar de los que hemos hablado. Según las estimaciones de la UNESCO, entre el 10 y el 15% de la población de un país cualquiera requiere de una educación especial; para México, eso representa entre 7 y 10.5 millones* de personas con requerimientos de educación especial. Nosotros creemos que si sumamos a los niños que se desarrollan en comunidades miserables y las minorías étnicas aisladas, la cifra queda muy por encima de esas estimaciones.

De acuerdo con los informes existentes (véase Hinojosa, Galindo y Galguera, 1982), el sistema de educación especial que ha organizado el Estado mexicano es de tal manera insuficiente que más del 95% de los casos existentes no reciben atención alguna; es decir que alrededor de 10 millones de personas corren el riesgo de sufrir irremediablemente un retardo en su desarrollo. Hay razones para suponer que la situación es semejante —o peor— en otros países de Asia, África y América Latina.

En tales condiciones, la primera tarea del psicólogo es, por tanto, investigar técnicas de tratamiento que puedan ser aplicadas masivamente, o sea, sencillas, eficaces y adecuadas a las condiciones del subdesarrollo. Una extensión de esta tarea es la búsqueda de estrategias de intervención masivas.

Evidentemente el problema del retardo no compete sólo al psicólogo, pues tiene aspectos médicos, sociales y pedagógicos. Sobre todo el pedagogo y el maestro especializado son los profesionales idóneos para el caso, pero no debemos olvidar que las técnicas pedagógicas tienen un fundamento psicológico y, por tanto, el psicólogo puede contribuir al trabajo del pedagogo investigando nuevas técnicas y acuñando nue-

* Otros autores hacen cálculos más conservadores; por ejemplo, Ibarra del Toro y Rosales (1973) calculan entre 5 y 6 millones de inválidos en México.

vos conceptos para la comprensión científica del retardo. Eso es precisamente lo que estamos tratando de hacer; toca al pedagogo y al maestro decidir qué tan adecuados a su práctica son nuestros procedimientos y conceptos.

La segunda tarea no es menos importante, se trata de la prevención del retardo. Nosotros entendemos la prevención de dos maneras: *a*) evitar la ocurrencia del retardo, y *b*) evitar la agudización de los casos existentes.

Los programas de intervención están destinados a evitar la agudización, pero lo más importante sería sin duda evitar la ocurrencia del retardo. Evitar la ocurrencia del retardo significa cambiar las condiciones que lo producen, es decir, erradicar la miseria. El cambio sólo puede ser social y está, por tanto, mucho más allá del terreno de una disciplina dada. Sin embargo, hay dos cosas que se pueden hacer en el terreno psicológico para contribuir a la prevención: *a*) investigar sistemáticamente los efectos que produce la miseria en el niño en desarrollo y difundir masivamente las conclusiones, y *b*) crear programas educativos destinados a la comunidad, con el fin de enseñar los elementos de higiene que tienen que ver con el retardo.

El trabajo del área de Educación Especial y Rehabilitación pretende abarcar también esos aspectos. En esta ocasión, como en la anterior, presentamos los resultados obtenidos en el campo de las técnicas de intervención; esperamos tener la oportunidad de abordar los otros temas en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

BIJOU, S. W. "Teoría e investigación sobre el retardo mental (en el desarrollo)". En Bijou S. W. y Baer D. M. *Psicología del desarrollo infantil.* Vol. 2, Ed. Trillas, México, 1975., Publicado originalmente en *The Psychological Record*, 1963, 13, 95-110.

HINOJOSA, G., GALINDO, E., y GALGUERA, M. I. *Una alternativa para atacar a escala social los problemas del retardo psicológico.* Trabajo presentado en el VI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. México, D. F., febrero de 1982.

IBARRA. G., DEL TORO, G. y ROSALES, L. *El programa nacional de rehabilitación. Repercusiones económicas y sociales de la invalidez en México.* Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1973.

RIBES, E. *Algunas consideraciones sobre la prevención del retardo en el desarrollo.* Trabajo presentado en el II Congreso Interamericano de Retardo Mental. Panamá, agosto de 1975.